

**東京都認知症対策推進会議 東京都における
認知症疾患医療センターのあり方検討部会（第4回）
次 第**

東京都庁第一本庁舎 4 2階北側 特別会議室B
平成22年11月24日（水）午後7時から

1. 開 会

2. 議 題

（1）地域連携を進めるための具体的方策について
（関係者からヒアリング及び課題の検討）

（2）その他

3. 閉 会

[配付資料]

認知症対策推進事業実施要綱

東京都認知症対策推進会議 東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討
部会委員名簿、同幹事名簿

（資料1）地域連携に向けた具体的な取組み ―医療相談室の役割を通して―（たたき台）

（資料2）「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」最終報告書の構
成について（案）

（参考資料1）「東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について
（中間のまとめ）」

（参考資料2）「地域連携を進めるための具体的方策」に関してこれまで出された主な意見
西本委員説明資料

牧野委員説明資料

認知症対策推進事業実施要綱

19 福保高在第 107 号

平成 19 年 6 月 14 日

第 1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第 2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第 5 に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第 3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 認知症に関する普及啓発

第 4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する 20 名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年とする、ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効

率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。

(2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。

(3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

(1) 3、7(3)及び(5)に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。

(2) 6(2)及び9(2)に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 認知症に関する普及啓発

1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則(平成19年6月14日19福保高在第107号)

1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。

2 認知症理解普及促進事業実施要綱(平成18年6月12日付18福保高在第161号)は廃止する。

「東京都認知症対策推進会議（東京都における
認知症疾患医療センターのあり方検討部会）」委員名簿

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	新井 平伊	順天堂大学医学部教授
	栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	繁田 雅弘	首都大学東京健康福祉学部学部長
医療・福祉関係者	桑田 美代子	社団法人東京都看護協会 (医療法人社団慶成会 青梅慶友病院看護介護開発室長)
	高瀬 茂	社団法人東京都医師会理事
	新里 和弘	東京都松沢病院医長
	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
	弓倉 整	社団法人東京都医師会理事
代表家族	牧野 史子	特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長
関係者 行政	高藤 光子	新宿区高齢者サービス課高齢者相談係（新宿区役所高齢者総合相談センター）
	山本 祥代	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課地域支援担当課長

各区分において50音順

「東京都認知症対策推進会議（東京都における
認知症疾患医療センターのあり方検討部会）」幹事名簿

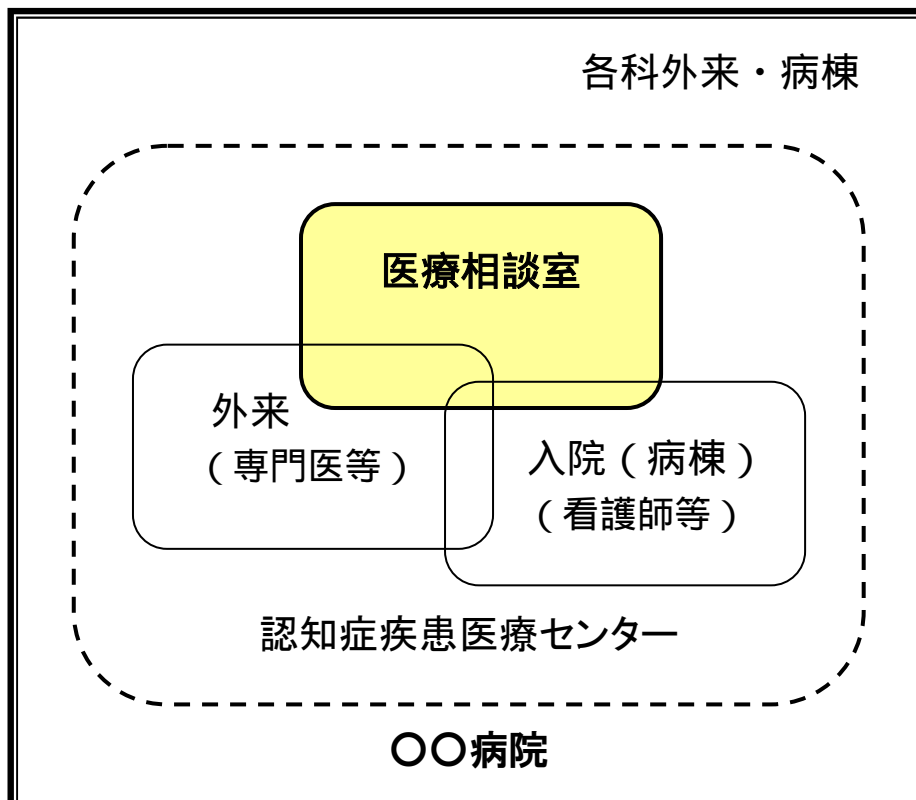
	氏名	所属
幹事長	狩野 信夫	福祉保健局高齢社会対策部長
幹事	高橋 郁美	福祉保健局医療改革推進担当部長
	熊谷 直樹	福祉保健局障害者医療担当部長
	馬神 祥子	福祉保健局医療政策部医療改革推進担当課長
	櫻井 幸枝	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
	粉川 貴司	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
	室井 豊	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

地域連携に向けた具体的な取組み
—医療相談室の役割を通して—（たたき台）

《 医療相談室の人員体制 》

- 精神保健福祉士又は保健師等、2名程度

《 認知症疾患医療センター内における位置づけ 》



《 医療相談室の基本的な役割 》

○ 地域連携の窓口

○ 関係機関からの各種相談の窓口

○ 初診前医療相談の実施

受診を希望する本人・家族に対し、診療の前に相談室の職員が面談し、患者の基本情報（家族構成、既往歴等）、症状、A D L 等について確認

専門医の指導のもと、専門性、緊急性等についてのトリアージを行う

自院での診療も含め、適切な医療機関に繋げる

○ 認知症に対する対応力の向上（院内・地域）

《 地域連携体制の構築 》

■ 認知症疾患医療連携協議会の開催

協議会開催に向けた企画・調整

- ・ 地域の医師会、病院、サポート医や精神科診療所、地域包括支援センター、自治体等により構成
- ・ 開催回数、対象地域（圏域全体・各区市町村単位など）については、地域の実情に応じて判断

協議会の活動例

- 地域連携を推進するための方策の検討
 - ・ 地域の一般病院や精神科病院等との連携策の検討
 - ・ 地域の実情を踏まえ、医療と介護の連携をスムーズに行うための認知症地域連携パス等の連携ツール作成の検討等

そのためには、東京における標準的な連携パスの検討が必要か？

■ 各種研修等の開催

地域の認知症対応力向上に向けた、研修会や症例検討会等の企画・調整

- 対象)・ 地域の医療関係者
- ・ 地域包括支援センター、ケアマネジャー 等

■ 情報発信

自治体等と連携し、認知症の理解促進に向けた講演会等の企画・調整

対象) 地域住民

自治体等と連携し、認知症の地域連携体制について周知(継続的な取り組みが必要)

対象) 地域住民、医療関係者、介護関係者

《 個別ケースにおける連携 》

【認知症の診断に関する場面】

■ かかりつけ医からの相談

診断の依頼等への対応

■ 地域包括支援センターからの相談

(1) 受診困難ケース等への対応

- ・ 電話や、必要に応じて訪問を行うなどにより状況を確認
- ・ 自治体等、関係機関と連携し、対応策を検討

(2) 認知症の診断後の対応

(本人・家族からの相談に対しても、診断の結果、特別な支援が必要と認められた場合を含む)

介護保険サービス、成年後見制度等、必要な支援が速やかに導入できるよう、診断結果等の情報を共有

【身体合併症・周辺症状による入院の場面】

- かかりつけ医、地域の他の医療機関、地域包括支援センター、ケアマネジャー等による、身体合併症・周辺症状の入院医療が必要な患者に係る相談

自院で対応するか、自院では対応ができない場合に他院を紹介するなど、できる限り地域での受入れに向けて対応する

自院で対応する場合

- ・ 各診療科と連携し対応
連携例)・ 専門医の指導のもと、他の診療科からの相談に対する適切な支援を実施
- ・ 日頃から院内の連携体制を整備しておくことも必要
具体例)・ 院内の診療科間の連携体制を整備
・ 院内研修の企画・調整

他院に対応を依頼する場合

地域で連携をしている一般病院、精神科病院等に対応を依頼

【退院支援】

在宅に帰る場合

本人の生活環境や家族の介護力を勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けたカンファレンスを実施
(地域の医療機関、地域包括支援センター、ケアマネジャー等に参加の呼びかけ)

転院が必要な場合

連携している医療機関等と調整

**「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」
最終報告書の構成について(案)**

東京都の現状と課題

東京都における認知症疾患医療センターの基本的な
機能・役割

地域連携に向けた具体的な取組み

- 医療相談室の役割を通して -

(参考資料)

東京都における認知症疾患医療センターの 基本的な機能・役割について (中間のまとめ)

<基本的機能>

東京都は、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするため、これまでも認知症に係る地域の医療体制の整備を行ってきた。しかしながら、今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、かかりつけ医と専門医療機関、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要がある。

このため、東京都における認知症疾患医療センターには、特に、

- ・ 地域の医療機関及び介護機関等への支援機能
- ・ 地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能

を担うことが求められる。

<3つの役割>

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、以下の3つの役割を果たすことが必要である。

- 1 認知症に係る専門医療機関として、認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割
- 2 認知症に係る地域連携の推進機関として、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割
- 3 認知症に係る人材育成機関として、地域における認知症専門医療の充実と、地域における認知症対応力の向上を図る役割

1 専門医療機関としての役割

東京都には、大学病院や認知症専門医など、認知症に関する高度な医療資源は相当数あるものの、受診が困難な人への対応、鑑別診断の一部医療機関への集中、入院医療の受入体制が十分ではないなどの課題がある。

認知症の早期発見、迅速な診断に基づく適切な医療・介護の支援、認知症と身体症状の双方に対する切れ目のない医療支援体制の構築を行うため、東京都における認知症疾患医療センター（以下「センターという。」）は以下の対応を行う。

- 認知症の人に日常的に対応している、地域の医療機関及び介護機関の支援
- 地域の医療機関同士（かかりつけ医と専門医療機関、あるいは、一般病院・精神科病院と専門医療機関）の連携及び医療と介護の連携を促進
- 鑑別診断、入院医療等の医療提供体制の強化

◇ 専門医療相談

【多様な相談に応じられる医療相談室の設置】

- 医療相談室に、精神保健福祉士・保健師・専門看護師等の専従の職員を配置し、患者家族、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター等からの多様な認知症に関する医療相談に対応する
- 認知症医療相談にあたっては、患者の状況を総合的に把握し、自院での診療も含め、適切な医療機関等の紹介を行う

【受診が困難な人への支援】

- 病識がないなど自ら医療機関を受診することが困難な人について相談を受けた場合、地域包括支援センターや、かかりつけ医・在宅医等の地域の医療機関、自治体と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める

◇ 鑑別診断・初期対応

【適確な評価と初期対応】

- 患者の日常生活の状況を踏まえ、うつ病など様々な精神神経疾患との鑑別、認知症の原因疾患の診断を正確に行う
- 診断にあたっては、医学的診断だけでなく、日常生活の状況や他の身体疾患等

の状況も踏まえ、本人の身体的、心理的、社会的側面を評価する総合機能評価を行う。評価結果については、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護機関等と情報の共有化を図り、適切な医療、介護の支援に結びつけていく

- 本人・家族に対して、分かりやすく適切な病気の説明、介護・行政サービス等に係る情報提供を行う
- かかりつけ医に対し、画像診断等の依頼に対する支援を行うとともに、鑑別診断後の患者の経過観察において、必要な支援を行う

【迅速な診断】

- 鑑別診断は、他の医療機関と連携を図りながら、できるだけ早期に受診できるよう努める

◇ 身体合併症・周辺症状への急性期医療

※ 身体合併症 認知症の人が、脱水・骨折等の様々な身体疾患（状態）になった場合の、その身体疾患（状態）のこと
周辺症状 認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動症状（BPSD）

【センターにおける受入体制の整備】

- 認知症の人の様々な身体合併症に対応できるよう、院内の診療科間の連携体制を整備する
- 院長をはじめとする全てのスタッフを対象とする院内研修を行うことなどにより、認知症に対する理解を深め、病院全体の認知症対応力を向上させる
- 認知症の人の身体合併症及び周辺症状等、様々な症状に対応できるよう、院内の医師、看護師、介護職、精神保健福祉士や理学療法士など、多職種が適切に連携できる体制の構築に努める

【早期からの退院支援】

- 本人の生活環境や家族の介護力等を勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けた協議を地域の医療機関、地域包括支援センター、ケアマネージャー等と行い、率先して退院後の生活支援体制の整備に努める

【地域全体での受入体制の構築】

- 認知症の人の身体合併症及び周辺症状の治療（特に急性期における入院医療）においては、地域の一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、センターを含む地域全体で受け入れを促進していく体制を構築する
- 顕著な周辺症状が現れている患者の対応においては、精神保健福祉センターや老人性認知症専門病棟を持つ病院と連携を図り対応する

2 地域連携の推進機関としての役割

認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするためには、様々な関係者が連携し対応していくことが大切である。特に、医療・介護・行政が緊密に連携し、適切な支援を行うことが不可欠である。しかし、東京都においては、様々な医療・介護資源があるにも関わらず、医療機関同士の連携や、医療・介護・行政の連携、なかでも高齢者への総合的支援を行う地域包括支援センターとの連携体制がまだまだ十分とはいえないのが現状である。

そのため、東京都におけるセンターが、都内各地域において地域連携の推進役となり、地域包括支援センターや認知症サポート医等、様々な関係者に対する日常的な協力・支援を積み重ねることで、具体的な連携体制の構築を図る。

◇ 地域連携の推進

【地域連携体制の構築】

- 地域の医療機関、地域包括支援センター、行政機関等により構成する、認知症疾患医療連携協議会を開催し、既存の地域の仕組みや資源を活かしつつ、地域において効果的に機能するネットワークの構築に向けた検討を行う
- 地域において、医療従事者、地域包括支援センター、ケアマネージャー等が一堂に集い、具体的な症例・事例について検討、意見交換を行う研修会を関係者と連携して開催し、地域の中でお互いに顔の見える関係を構築するとともに、地域の認知症対応力の向上を図る

【地域包括支援センターとの連携の強化】

- 地域包括支援センターとの連携を行う窓口を設け、日常的に連携を図ることで、顔の見える関係づくりを行う
- 病識がないなど自ら医療機関を受診することが困難な人について相談を受けた場合、地域包括支援センター等と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める
- 退院後、介護・行政のサポートが必要な患者に関しては、本人の生活環境や家族の介護力等を勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けた協議を地域包括支援センター等と行い、率先して退院後の生活支援体制の整備に努める

【家族介護者の会への支援】

- 家族介護者の会は、日ごろの在宅介護の状況を話したり、家族としての思いや悩みを共有したり、知識や知恵、あるいは地域の様々な情報を交換したりするこ

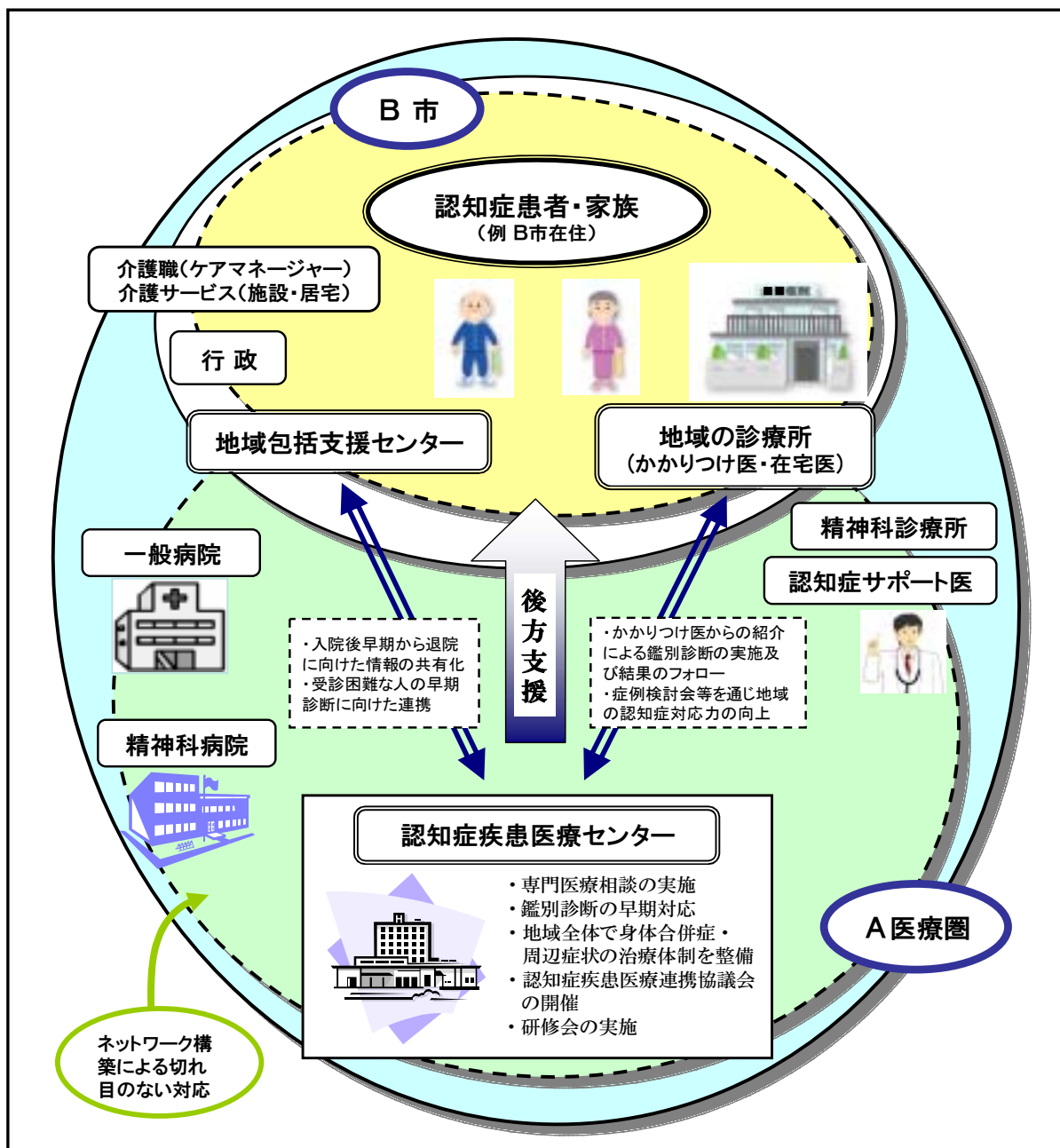
とで、地域の家族介護者同士の支え合いの場となっている。センターは、地域における認知症の人の家族介護者の会との関係づくりを進め、家族介護者の求めに応じていつでも紹介できるように努める

- 認知症の人の家族介護者の会の活動に対する支援・協力を努める

【自治体への協力】

- 自治体が発行する認知症関連事業に協力する

<図 地域連携のイメージ>



3 人材育成機関としての役割

今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、認知症に係る専門医療に精通した人材の育成が重要な課題となっている。

そこで、東京都におけるセンターが、地域における認知症医療に係る人材育成において中心的な役割を担うことで、地域における認知症専門医療の充実と地域の認知症対応力の向上を図る。

◇ 専門医療、地域連携を支える人材の育成

【センターにおける医師、看護師の育成】

- センターにおいて、認知症医療に係る専門的な知識・経験を有するとともに、認知症の人を総合的にみることができる医師、看護師の育成に努める

【地域における医師等への研修】

- 地域において、医療従事者、地域包括支援センター、ケアマネージャー等が一堂に集い、具体的な症例・事例について検討、意見交換を行う研修会を関係者と連携して開催し、地域の認知症対応力の向上を図る

4 その他

◇ 情報発信

【認知症の普及啓発】

- 早期発見・早期診断を行い、適切な医療・介護の支援を受けることができるようにするため、地域住民に対し、認知症という病気についての理解促進に向けた普及啓発を、認知症サポート医や行政等と協力の上、行う

【連携体制の周知】

- 地域の関係機関が参加し、認知症の連携体制を構築していることについて、行政等と協力の上、周知を行う

◇ 設置数

二次保健医療圏に1か所を基本とする。

二次保健医療圏は、住民の日常生活の行動の状況、交通事情、保健医療資源の分布等、総合的に勘案の上定めているもので、入院医療の確保及び医療機関の連携による包括的な医療サービスを提供していく上での基本単位となっている。東京都では、「がん」や「脳卒中」等の疾病別の取組みにおいて、二次保健医療圏を基本として地域における医療連携体制の構築を図っている。

なお、設置数については、指定したセンターの運営状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

「地域連携を進めるための具体的方策」に関して これまで出された主な意見

(医療の連携)

- 物忘れ診断、治療ができる診療所を増やし、紹介、逆紹介の連携がスムーズに行えるようにする
- 入院治療が必要にも関わらず受診が困難な患者については、総合精神保健福祉センター等と連携して、その地域の精神科病床等への入院に向けた調整を行う

(医療・介護の連携)

- 多職種が関わる認知症のケアでは、多職種間で連携を行う
- 一般病床（急性期）で必要な情報と、そのケアを引き継ぐ側、その場により必要な情報が異なる。それぞれの「場」がどのような役割を担っているか、その違いを認識する
- 医療と介護が連携するためには、言語の統一化が必要。そのためには、会って話し、共通言語により情報共有できるフォーマット（連携パス）を開発する
- 連携パスの作成にあたっては、情報の送り手の視点ではなく、受け手の視点で作成する。また、必要な関係者にはどんどん参加してもらう
- 他職種同士、お互いが歩み寄ることで、本当にいい関係ができていく

(医療関係者等の理解促進)

- 認知症もある患者としてみるよう、病院スタッフの意識改革を行う
- 医師に対し、在宅に関する知識（介護保険・福祉サービス・在宅療養・ネットワーク・チームで対応する事等）を普及する
- 認知症に対するきちんとした理解と普及、連携の波及をするため、都民に対しても医療関係者に対しても、啓発は継続的に行う

(その他)

- センターに多くを要求するのはどうか。絵に描いた餅にならないようにすべき
- 連携の仕組みが一つできると、いろんなところに広がっていく
- 地域包括支援センターは、介護予防プランで機能が一杯になっており、ワンストップによる高齢者総合相談機能が十分に果たせていない
- センターと地域包括支援センターとが、いかに連携、支援、協働するかが重要
- 在宅で不安なのは、どこに相談したらいいかわからないこと。困ったときに相談ができる機能があるといい

認知症高齢者の在宅での現状と 望ましい支援の在り方を考える

居宅での介護における 介護支援専門員の立場から

特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会
理事長 西本 裕子

認知症高齢者日常生活自立度から 見た支援の方法と問題点

- 認知症高齢者日常生活自立度
自立：認知症なし
Ⅰ：何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
Ⅱ：日常生活に支障をきたすような症状行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
Ⅲ 日常生活の支障をきたすような症状行動や意思疎通の困難さがみられ介護を必要とする
Ⅳ：日常生活に支障をきたすような症状行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
M：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

自立

◆たとえ認知症がなくても、要支援や要介護状態となり、近隣との交流が途絶え、自宅で独居や日中独居状態にある場合や、明らかに生活が不活発になっている場合。

身体や生活の活性化を目指す⇒機能訓練をしながら趣味や本人の役割を取り戻す視点のケアプラン作成

望まれる支援

- ・要支援・要介護状態になっている原因を治療する
- ・リハビリで落ちた機能をUPする
- ・生活リハビリの視点で残存機能を活用して生活を再編成する
- ・外出して、アクティビティの参加や同年代との会話を楽しむ
- ・家族の介護負担の軽減

自立の状態の方の事例

◆疾病などにより要支援や要介護状態、あるいは高齢により、閉じこもり状態となる場合が多い

- ・現在の状態を近隣の人に見せたくない
- ・人の集まる場所は苦手
- ・住環境で外に出にくい
- ・自宅が一番(介護は嫁や家族が見るべき)

自立の状態の方のケアプラン

【認知症予防】

- 医療面での支援：地域のかかりつけ医の確定の支援・訪問看護との連携
- 生活面での支援：訪問介護・一般型の通所介護・訪問看護
- 家族支援：訪問系・通所系のサービス、短期入所
- 社会面での支援：近隣との交流の促進、趣味活動の参加

I

◆認知症があっても、一人暮らしが可能であり、周囲のサポートで安定した生活が送れる。

認知症の支援開始⇒生活全般の見守り体制を強化し、サポートとなる環境への働き掛けを重視するケアプランの作成

望まれる支援

- ・認知症の確定診断
- ・認知症の症状行動の明確化、原因の模索、対応の検討
- ・家族との意見調整(家族への相談・助言・指導)

I の状態の方の事例

- ◆ 本人も含め、周囲(特に子供や親族)は「年相応のボケ」であり、「疾病」であることを認めたくない。
- 介護者(嫁)や介護保険サービス事業者など、周囲の人が発見
- 夫や妻など配偶者や息子などの親族の混乱が大きく、叱って治そうとすることも多い
- 本人も認めようとしない(受診できない)

I の状態の方のケアプラン 【予防と早期介入】

- 医療面での支援: かかりつけ医との連携(認知症の治療開始)、専門医受診
- 生活面での支援: 訪問介護、一般型・認知症対応型の通所介護、訪問看護
- 家族支援: 上記に加えて短期入所の利用、家族会や家族介護教室の参加
- 社会面での支援: 認知症サポーター、地域を含めた周囲の理解

Ⅱ

◆家庭外でも認知症の症状が見られ、一人暮らしは困難となってくる。

要介護状態開始⇒顕著な身体疾患がなくても、要介護に認定される。生活全体を活性化するとともに、出来ないことを補い、出来ることを新たに探したり、維持していく支援

望まれる支援

- ・認知症の診断・治療
- ・家族への認知症の理解と対応への支援
- ・センター方式やPCC等の視点で専門的なケア開始
- ・身体合併症の早期発見

Ⅱの状態の方の事例

◆周囲の人が、症状に気づき対応に追われ始める。介護保険サービス利用開始

- ・本人のプライドを傷つけず受診につなげたり、サービスを開始することが難しい
- ・介護者や身近な人は気づいても、別居している家族やかかりつけ医が理解していない場合もある
- ・この時期には認知症対応型サービスの導入は難しい

Ⅱ の状態の方のケアプラン 【進行防止・維持】

- 医療面での支援: かかりつけ医に生活上の支障についての報告・相談。専門医受診(物忘れ外来・精神科への受診)
- 生活面での支援: 訪問介護、通所介護、通所リハ、小規模多機能
- 家族支援: 短期入所、家族会・家族教室の参加
- 環境への働き掛け: 徘徊探知機や、顔なじみの商店等、地域へ働きかけ見守り体制の構築。大きな環境の変化はなるべく避けるケアプランをつくる

Ⅲ

◆ 日常生活に支障を来たすようになり、在宅の介護の負担が大きくなる

重度の認知症に対応する支援⇒症状行動に対処しながら、今後の方針を検討していく

望まれる支援

- ・専門医による治療
- ・BPSDに対する対応
- ・家族の精神的・身体的負担軽減の方策
- ・認知症の専門家による支援
- ・権利擁護などの施策の利用

Ⅲの状態の方の事例

- ◆在宅生活を続けるには、専任で介護する人が必要となる。介護者は先の見えない不安で身体的にも精神的にも負担が大きくなる。
- ・昼夜逆転の症状が現れ始めると、在宅での介護は限界となることが多い
- ・身体症状のない「元気な」認知症が介護負担が大きい
- ・身体合併症が隠れやすく、合併症が発症しても入院期間が短く返されることが多い
- ・介護が大変なBPSDを症状とする人ほど、施設やグループホーム等の利用が厳しい

Ⅲの状態の方のケアプラン

【対症療法と限界の見極め】

- 医療面での支援：専門医の治療、かかりつけ医や訪問看護による身体状況の管理
- 生活面での支援：認知症専門の通所介護、小規模多機能、訪問介護、訪問看護
- 家族支援：短期入所（認知症対応型利用）、家族会・家族教室の参加
- 施設の検討：グループホームの利用検討、特別養護老人ホームの申し込み、老人保健施設の利用、有料老人ホームの利用への支援

IV

◆Ⅲより重い状態。介護保険限度額一杯利用しても十分な介護は難しい

重篤なBPSDの状態⇒介護者の力と医療・福祉サービスの連携が充分でないと在宅生活は難しい

望ましい支援

- ・往診の専門医の治療に加え介護者の体調の管理
- ・BPSDに対応する医療福祉両面からの専門的支援
- ・介護者のレスパイトのための、信頼できる専門施設の利用
- ・施設や専門病院の利用

IVの状態の方の事例

◆在宅生活を継続している場合は、Ⅲの状態を経ているため、医療・福祉のサービスを可能な限り利用しているケースが多い

- ・脱水や便秘など些細な身体状況の変化で、大きく状態が変わることがある。
- ・専門病院などの入院も検討する
- ・介護者は付きっきりになり、社会との交流が途絶えている場合が多い
- ・医療的な支援の比重が少しずつ大きくなる

IVの状態の方のケアプラン

【身体状態の維持と家族のレスパイト】

- 医療面での支援: 専門医の治療、かかりつけ医による本人・家族の身体管理、療養支援診療所、24時間対応の訪問看護
- 生活面での支援: 認知症対応型の通所介護、訪問看護、訪問介護、有償ヘルパー
- 家族支援: 短期入所生活介護、短期入所療養介護、家族会・家族相談会
- 施設入所への支援

特定非営利活動法人

東京都介護支援専門員研究協議会

- 法人の目的

この法人は、一般市民に対して、介護に関する情報を提供するとともに、介護支援専門員の倫理を確立し、且つ、専門的技能の研鑽を通じて、その資質の向上に努め、併せて、要介護者及びその家族の生活と権利の擁護、介護保険制度の適正な運営に寄与することを目的とする

特定非営利活動法人

東京都介護支援専門員研究協議会

- 現在会員1500名
- 事業の内容
 - 1、ケアマネジメントに関する研究
 - 2、介護支援専門員の業務に関する調査
 - 3、介護支援専門員の人材育成及び資質向上のために必要な教育・研修等の企画・実施
 - 4、ケアマネジメントの普及・向上のために必要な情報収集・情報提供 など

介護支援専門員の資格要件

- 要援護者の自立を支援するための相談・援助業務または介護サービス(これに関連する保健・医療・福祉サービスを含む)について、直接的な援助業務に原則として5年以上従事した経験のある者
- 介護支援専門員実務研修受講試験に合格し実務研修を受講し、研修を終了した旨の終了証明書の交付を受けて、都道府県に登録をされ、介護支援専門員証の交付を受けた者

介護支援専門員の受験資格

① 特定の法定資格の所持者

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士含む)、精神保健福祉士

② 相談援助業務の従事経験者

知的障害児施設・肢体不自由児施設・児童福祉施設の児童相談員、身体障害者療護施設・養護老人ホームの生活相談員、特別養護老人ホームの相談員、町村の福祉担当職員、医療機関の医療社会事業従事者など

③ 介護等の業務の従事経験者(社会福祉主事任用資格、訪問介護員要請研修2級終了など)

福祉施設などの介護等の業務の従事者、知的障害者厚生施設の職員など

④ 介護等の従事経験者(資格なし、相談援助経験なし)

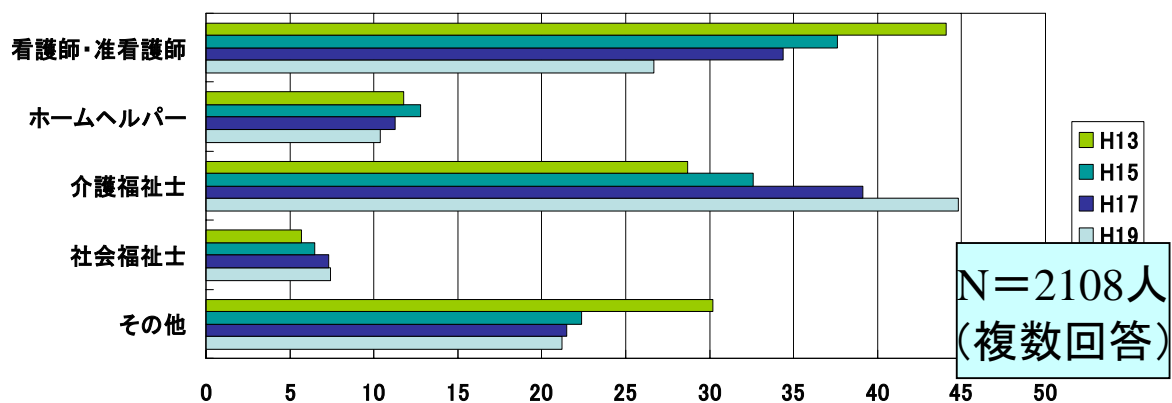
介護支援専門員の職種別合格者数(第1回から第10回試験の合計)

第1回～第10回試験の合格者約43万人のうち、「看護師・准看護師」、「介護福祉士」の割合が半数以上を占めている

職種	看護師・准看護師	介護福祉士	相談援助業務従事者・介護等業務従事者	保健師	その他
割合	32.5	29.0	10.5	5.3	22.7

出典:厚生労働省老健局振興課調べ(平成19年12月)

【介護支援専門員の従事者のうち、保有資格別の割合】



出典:「介護支援専門員業務の実態調査に関する調査」(平成19年株式会社三菱総合研究所)

介護支援専門員養成カリキュラム

- 実務研修
- 基礎研修
- 現任研修 I・II

認知症に関するカリキュラム

- 認知症を含む精神疾患3時間

現場から見た課題

- 医療・福祉従事者の総合的な認知症に対する知識と対応力の向上
- 一般都民への認知症に対する理解の促進
- 認知症という疾病と身体症状を合併した時の対応力の向上
- 急激なBPSD移行期の対応の仕組みづくり
- 福祉における認知症の専門家の育成

「認知症疾患医療センターのあり方について」 ～当事者家族の声より～

【家族からの意見と要望のまとめ】

「介護者の会ネットワーク会議」のおもな
メンバー(7人)から

＝おもに都内各地で、認知症家族会などを
主宰する代表者(現役介護者4人および
OB3人)

日常的にさまざまな家族から相談を受けたり、時にはコーディネーター役を引き受ける
人達の声を集めた。

家族会リーダーへのヒアリング ポイント

- ・診察や医療の場面で困ったことや
問題だと思ふ事例について
- ・医療と介護の連携をとってほしい場面や
事例について
- ・東京都の認知症疾患医療センターに望むこと

1、診断や告知についてのこと

■医療への希望

疾患のみをみるのではなく、患者・家族は「生活者」であることを知ってほしい。

- ・事例①「奥さまはアルツハイマーの疑いがあります。」「えッ、先生この病気のこと、今後のことを聞きたいので、別途時間を取ってくれませんか？」「我々が相手するのは患者さんですから。」
- ・事例②「認知症です。薬を出しておきましょう。何か質問がありますか？お大事に」
- ・事例③夫がうつでの長期治療後（休職し復職中）に、若年認知症の診断を受けた。妻が、夫退職後の将来の生活を悩み、精神的に混乱。（息子も精神障害）当事者がその後自殺未遂を起こす。
- ・事例④本人のみに「認知症です。」と告げたため、本人は家族に「問題ない。」と言ってしまった。

【改善へのポイント】

■診断と告知

- ・本人のプライドと不安への配慮
「治らない病気」・MRIへの恐怖など
- ・告知には、周りも含めた家族の同席を
- ・確定診断や薬剤のていねいなインフォームド
コンセント。

■カウンセリングと指導

- ・家族の心の安定
- ・病気や薬、対応方法など家族への教育場面
⇒フォロー体制を

2、治療・入退院に関すること

■医療への希望

病院にも「介護(生活)」という視点を入れてください。

・医療にかかると病気の治療のため(拘束等)介護が外され治療後に介護では「重症」になって、自宅に戻る。自宅では「病的重症」・医療では「介護的重症」になる。・家族は「退院」を恐れている。次の行き先・介護計画ができて初めて「退院」となってほしい。

⇒医療と介護は生活の中では、本来混合サービスであるはず。

■医療への希望

身体合併症の治療ができる医療機関を増やしてください。

- ・事例①糖尿病など他の病気でかかろうとしても診てもらえない。手術も断られる。術後の経過を診る間もなく退院となるケースもある。「なぜ連れ来たのか？」と言われる。
- ・事例②(他県のセンターのケース)がんの情報を得ようと聞いたが、専門の病院に回され、そこでも合併症の情報や地域の医療機関の欲しい情報も得られず、望んだ放射線治療に行き着くには、家族が走り回って2ヶ月かかった。

⇒情報の集積を

3、医療と介護の連携について

■医療と介護への希望

サービス担当者会議に医師も必ず参加することが可能なしくみを作ってください。

- ・地域の支援(家族を含め)を得ながら、「どのようにその人が地域で生活していけるか」という視点でケアカンファレンスに、医師・ソーシャルワーカー・地域包括支援センター・ケアマネージャー・事業所・民生委員など関係者が、本人や家族の情報を共有し、解決に向けて平らに話しあってほしい。

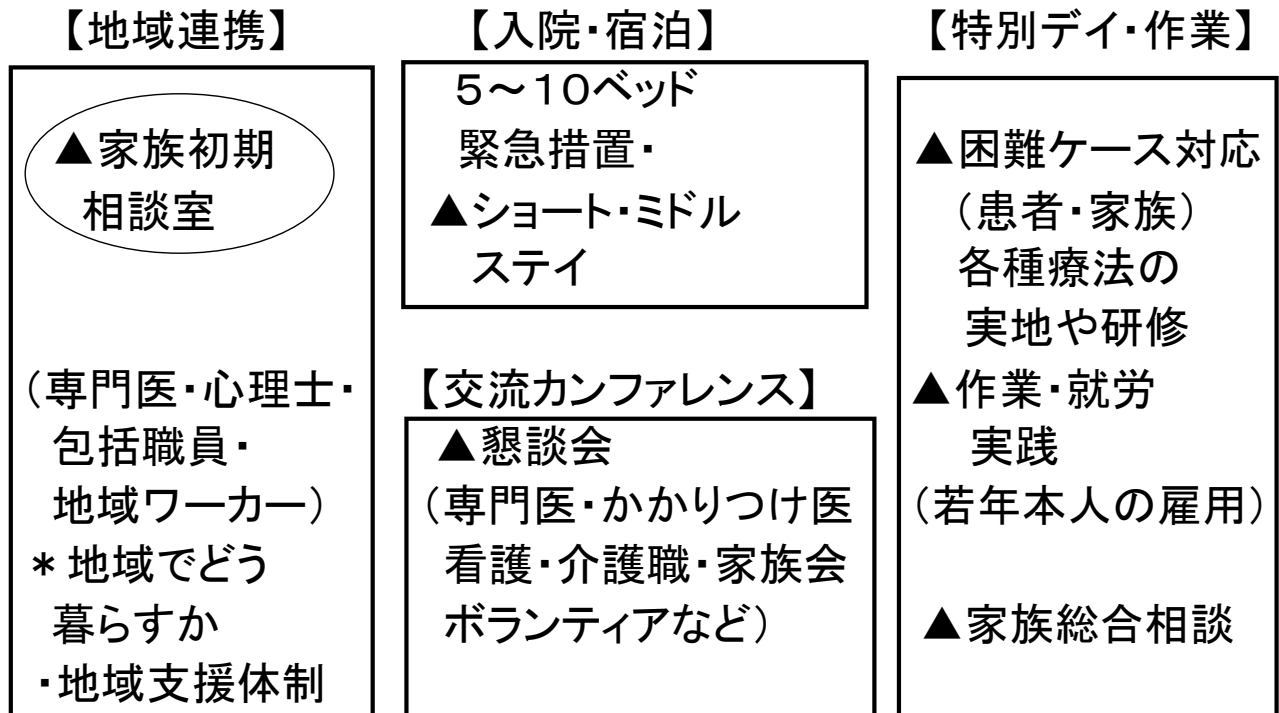
4、認知症疾患医療センターのあり方について (要望および提言)

【基幹センター】

- 1、情報の集積地点として
認知症の地域連携拠点病院＝認知症専門情報センターとして、身体合併症なども含め、地域の医療機関の詳細な情報など治療や入院に関する総合的な情報機関に。
- 2、BPSDの急性期対応として
認知症困難ケースの対応や措置入院の他、患者の薬の調整や介護家族の入院などのミドルステイを可能にする入院・宿泊機能を整えていただきたい。

【地域に開かれた地域センターの設置を】

- 認知症ケア（医療・介護・福祉）の生活指導拠点として機能



【家族コーディネーターの活用を】

【現状】家族会リーダー達は、長年多数の事例を対応した経験から、混乱する家族の安心できる相談窓口であり、包括支援センターやMSWとの家族代弁者・調整役も果たしている。場合によっては、医師との橋渡し緊急入院などのコーディネーターも引き受けている。

- 地域との連携 ■ 家族への教育担当者
- 家族の生活総合マネージャー ■ コールセンター主任
- あるいは認知症コーディネーター として適任。

医療と介護・地域の要としての人材登用を考えられたい。

